

ANNÉE 1923

THÈSE

POUR

N°

171

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UN TRAITEMENT DES CRISES GASTRIQUES DES TABÉTIQUES

(L'Anesthésie des Splanchniques)

PAR

LUCIEN VASLIN

Né le 20 Juillet 1897, à Saint-Aignan-sur-Cher (Loir-et-Cher)

Président : M. MARCEL LABBÉ, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1923

171

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

171

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UN TRAITEMENT

DES CRISES GASTRIQUES

DES TABÉTIQUES

(L'Anesthésie des Splanchniques)

PAR

LUCIEN VASLIN

Né le 20 Juillet 1897, à Saint-Aignan-sur-Cher (Loir-et-Cher)

Président : M. MARCEL LABBÉ, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1923

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

M. ROGER

PROFESSEURS.....

MM.

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHEL
André BROCA.
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBE
RENON
LECENE.
LETULLE
PRENANT
RICHAUD
CARNOT
LÉON BERNARD
BALHAZARD
MENETRIER
ROGER
ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
céphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

CLAUDE
JEANSELMÉ
PIERRE MARIE
TEISSIER
DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPERSONNE
LEGUEU
BRINDEAU
JEANNIN
COUVELAIRE
J. L. FAURE
AUGUSTE BROCA
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL
SERGENT

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.....
Clinique thérapeutique chirurgicale.....
Clinique propédeutique.....

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOIN
BLANCHETIERE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRE
DESMAREST

DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBE (HENRI)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS

LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LÉVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT

RATHERY
RETTERRER
RIBIERRE
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A)
TANON
RICHAUD
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi-
nions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être con-
sidérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner au-
cune approbation ni improbation.



A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma grande
affection et de ma profonde
reconnaissance.*

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SOEUR

A MON PARRAIN

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
GÉNÉRALES

MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qu'il veuille bien croire à notre
profonde gratitude pour l'hon-
neur qu'il nous fait en prési-
dant à cette thèse.*

A M. LE PROFESSEUR CARNOT

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE
MÉDECIN DE L'HOPITAL BEAUJON
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous donner
son avis si autorisé.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE NANTES

Années 1920-21-22-23

MESSIEURS LES DOCTEURS :

MIRALLIÉ, U. MONNIER, OLLIVE, G. BUREAU,
M. BUREAU, AUBRY, GUILLEMET,
SEBILLEAU, PASQUEREAU

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HÔPITAL DE TOURS

Années 1914-15 et 1919-20

MESSIEURS LES DOCTEURS :

WOLF, MENUET, PITARD, VILLEDIEU, MERCIER,
MEUNIER, BOSC, GAUDEAU, LAPEYRE,
CHEVÉ, THIERRY, GUILLAUME-LOUIS

Avant-Propos

Avant d'aborder notre sujet, nous avons à cœur de témoigner toute notre reconnaissance à M. le D^r Bosc, médecin-chef de l'hôpital de Tours, qui n'a jamais cessé de nous porter le plus grand intérêt, qui nous a engagé à faire ce travail et a bien voulu nous donner une très belle observation.

A M. le Docteur Sébilleau, Professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes, qui nous a témoigné une si grande bienveillance et nous a prodigué ses conseils pour la rédaction de notre thèse.

Que l'hommage de notre reconnaissance soit aussi accepté par nos maîtres de l'Ecole de Nantes, où nous avons fait la plus grande partie de nos études, et dont nous conserverons le meilleur souvenir.

Que ceux enfin qui ont guidé nos premiers pas dans ces études ne soient point oubliés : que nos maîtres de l'hôpital et de l'Ecole de Tours veuillent bien croire à notre profonde gratitude.

Introduction

Les crises gastriques dont souffrent les tabétiques sont un syndrome bien connu. Aussi nous n'en referons pas ici la description devenue classique. Nous en retiendrons seulement le caractère primordial, à savoir l'intensité de la crise et surtout l'acuité des douleurs.

On sait, en effet, combien sont violentes les douleurs gastriques des tabétiques et quand on a dit qu'elles constituaient une des formes de tortures les plus intenses que l'homme puisse supporter, il n'y a là aucune exagération.

En présence d'un syndrome si pénible, rien de plus naturel, dès qu'il fut connu, que d'avoir cherché, nous dirons même de s'être acharné à vouloir trouver un traitement efficace.

Les médicaments essayés, les traitements prescrits, les méthodes préconisées sont trop nombreux pour que nous puissions les mentionner tous.

Nous noterons seulement la tentative d'Ostankoff qui eut le premier recours au protoxalate de cérium ; celle de Germain Sée avec l'extrait de

Cannabis Indica. D'autres, mettant en cause l'estomac, avaient prescrit les alcalins à haute dose. Nous devons souligner également les bons effets obtenus par Debove avec la ponction lombaire. Plus récemment, Sicard et Lermoyez ont utilisé avec succès l'adrénaline ; d'autres n'en ont rien obtenu. Il en est de même de l'atropine et de l'ésérine dont les résultats se sont montrés inconstants.

De tous les médicaments employés jusqu'ici, celui dont les résultats ont été les plus nets est encore la morphine. Mais l'accoutumance ne tarde pas à se faire sentir, et même on a vu des crises aggravées par la morphine.

Les chirurgiens, de leur côté, ont multiplié les essais, et les résultats enregistrés jusqu'ici ne sont pas en rapport avec les risques courus par les malades.

Enumérons rapidement, sans nous y arrêter, les principales interventions :

a) *Opération de Küttner*. — Section des racines sensibles du vague entre le sillon latéral du bulbe et le ganglion jugulaire.

b) *Opération d'Exner*. — Double vagotonie péri-cardique.

c) *Opération de Cotte et Latarjet (Lyon 1920)*. — Section de 4 rameaux du vague sur le plan antérieur de l'estomac, d'un rameau sur le plan postérieur avec gastro-entérostomie complémentaire.

Opération de Fœrster-Küttner. — Résection intradurale des racines postérieures des 7°, 8°, 9°, 10° nerfs dorsaux.

Opération de Guleke. — Libération intrarachidienne, mais extradurale des racines : séparation des deux racines dans leur gaine méningée pour ne sectionner que la seule racine postérieure près de la moelle.

Gangliectomie de Sicard et Desmarests. — Elle consiste à charger l'étui dural qui enveloppe les deux racines, à le lier au ras de la moelle, à le sectionner puis, par traction, à le désunir du trou de conjugaison, arrachant ainsi racines et ganglion.

Opération de Francke. — Arrachement du ganglion par traction sur le nerf intercostal découvert à son émergence du trou de conjugaison.

Opération de Jaboulay. — Elongation du plexus solaire.

Enfin, la résection du grand splanchnique, préconisée par Jean, chirurgien de la marine.

Quoi qu'il en soit, de tous ces procédés, nous nous occuperons uniquement, dans notre travail, d'un mode de traitement utilisé seulement depuis quelque temps, dont l'action semble devoir s'affirmer comme très énergique : c'est l'anesthésie des splanchniques.

Ce traitement est, comme nous allons le voir, basé sur la pathogénie des crises gastriques.

CHAPITRE I

Quelques mots de Pathogénie

On sait aujourd'hui, et ce fait est démontré par la clinique, qu'un tabétique peut fort bien faire des crises gastriques sans la moindre lésion de l'estomac ; et nous n'en citerons, pour preuve, que le retour intégral de cet organe à ses fonctions, dès la crise passée. Nous nous en tiendrons donc aux théories « nerveuses ».

Les travaux de J. C. Roux ont montré que, chez les tabétiques, le sympathique est toujours altéré. La lésion se caractérise par la destruction des petites fibres à myéline. « On pourrait soutenir, disait-il, que la crise gastrique est directement sous la dépendance de la lésion du système grand sympathique et des troubles de la sensibilité de l'estomac qui en résultent ». Depuis, les travaux de Tinel ont confirmé ces lésions. Déjà Jaboulay avait accusé l'irritation du plexus solaire.

En 1913, dans sa thèse, Gambier, reprenant toute la question de cette pathogénie, insiste sur la coexistence du zona qui indiquerait une localisation des lésions sur le ganglion rachidien et sur les racines postérieures. Il envisage, de plus, une action surajoutée du pneumogastrique puisqu'il conclut : « La douleur ne peut être expliquée que par irritation du sympathique ; mais ce nerf ne doit pas agir seul : il doit exercer une action réflexe sur le pneumogastrique pour provoquer les phénomènes sécrétoires ».

La crise gastrique est, en résumé, un ensemble de troubles causés par l'irritation du plexus solaire, due aux lésions radiculaires.

Cette irritation se transmet par les splanchniques dont nous allons étudier maintenant l'anatomie.

CHAPITRE II

Anatomie

Le grand splanchnique naît des ganglions thoraciques moyens par 4 ou 5 racines ; le petit splanchnique naît de la réunion de 2 ou 3 rameaux venant des 2 ou 3 derniers ganglions thoraciques.

Ainsi constitués, les nerfs splanchniques apparaissent à droite comme à gauche entre les faisceaux charnus du diaphragme et se dirigent vers les ganglions semi-lunaires en décrivant une courbe légèrement convexe en bas et en dehors.

Les ganglions semi-lunaires, eux, sont au contact des piliers du diaphragme, contre l'aorte et le tronc cœliaque, auxquels ils adhèrent assez fortement. Chaque ganglion reçoit au niveau de son pôle externe le nerf grand splanchnique correspondant : le ganglion semi-lunaire droit, situé un peu plus bas que le gauche reçoit, en outre, à son pôle interne, le nerf pneumogastrique droit.

Des ganglions semi-lunaires émane le plexus solaire, formant un réseau inextricable, qui enlace les trois branches du tronc coeliaque, les artères mésentériques, capsulaires, rénales et leurs ramifications, et au milieu duquel on rencontre de multiples renflements ganglionnaires : l'un d'eux, un peu au-dessous et en dehors du ganglion semi-lunaire, est le ganglion aortico-rénal auquel vient aboutir généralement le petit splanchnique.

Les splanchniques et les ganglions semi-lunaires reposent par l'intermédiaire du diaphragme, contre la colonne vertébrale, et correspondent à la partie toute supérieure du corps de la 1^{re} vertèbre lombaire, et même au disque qui sépare la douzième dorsale de la 1^{re} lombaire.

CHAPITRE III

Physiologie

La double chaîne ganglionnaire du système grand sympathique est reliée aux nerfs rachidiens et à la moelle par les « rami-communicantes ».

Les travaux des physiologistes et ceux de Head ont démontré que la sensibilité de l'estomac était sous la dépendance de racines déterminées. D'après cet auteur, les racines postérieures des 6^e, 7^e, 8^e et 9^e nerfs intercostaux renfermeraient les fibres sensitives spinales se rendant à l'estomac, par l'intermédiaire des « rami-communicantes », des nerfs splanchniques, des ganglions semi-lunaires et du plexus solaire.

Pour empêcher les irritations venues de la moelle d'arriver jusqu'au plexus solaire et, partant, de se répercuter sur l'estomac, il suffit d'interrompre la conductibilité des voies sensitives intéressées. C'est

précisément le but visé par l'anesthésie des splanchniques qui, ainsi que nous le verrons, inhibe non seulement les nerfs eux-mêmes, mais toute la région.

CHAPITRE IV

Historique et Technique

L'anesthésie régionale a fait depuis quelques années d'immenses progrès. Depuis les travaux de Pauchet et Sourdat, ce mode d'anesthésie se répand de plus en plus pour le grand bien-être des malades. Les résultats obtenus en chirurgie gastrique devaient tout naturellement inciter les médecins à essayer l'application de cette anesthésie au traitement des crises viscérales rebelles à toute thérapeutique, surtout aux crises tabétiques.

En 1916, le Professeur Carnot, avec Cassiglia puis Guillaume, a traité plusieurs crises particulièrement intenses, par des injections para vertébrales de novocaïne-adrénaline. Cette méthode, en portant une solution anesthésiante aux environs des nerfs dorso-lombaires, à leur émergence des trous de conjugaison, permet une anesthésie de la zone sensitive correspondante. Les résultats ont été excel-

lents dans quelques cas, bien que non définitifs, et ont fait rétrocéder les crises sans empêcher l'éclosion ultérieure d'autres crises semblables; dans d'autres cas, par contre, le soulagement a été moins évident, ce qui est dû probablement au peu de précision anatomique des repères permettant à l'infection de baigner les nerfs dorsaux à leur émergence, * près des ganglions sensitifs correspondants.

En 1919, Roussiel, de Bruxelles, publia les résultats de recherches sur la valeur de l'anesthésie des nerfs splanchniques en chirurgie gastrique, appliquée depuis en grand par Pauchet et ses élèves. Ce furent les résultats obtenus qui incitèrent le Professeur Carnot à utiliser cette méthode, c'est-à-dire à faire agir la solution analgésique au niveau même des nerfs splanchniques.

La technique employée est celle de Roussiel, que cet auteur décrit ainsi : « Une demi-heure avant l'anesthésie le malade reçoit « une injection de scopolamine-morphine (0 gr. 0005 de scopolamine, 0,01 de morphine). On repère la 12^e côte droite que l'on poursuit le plus en arrière possible. Arrivé à 4 ou 5 cm. environ de la ligne des apophyses épineuses, après avoir gardé la direction générale de la côte, on provoque une papule anesthésique. Chez les personnes très fortes, à large thorax, il y a avantage à reporter la papule plus en dehors (6 ou 8 cm de la ligne médiane).

A travers cette papule, on enfonce obliquement

une aiguille longue de 12 cm, de dehors en dedans, à travers les muscles du dos, à une profondeur variant entre 4 ou 5 cm de façon à rencontrer la côte. Il arrive que l'on touche le 12° nerf intercostal, et que l'on provoque de ce fait un éclair douloureux dans tout le trajet du nerf. Il faut, dans ce cas, injecter lentement de la solution anesthésiante pour insensibiliser le tronc nerveux piqué. Si du sang sort par l'aiguille (indice de pénétration dans les vaisseaux intercostaux), il faut modifier sa direction car toute injection intravasculaire d'anesthésique est dangereuse et perdue pour l'anesthésie régionale : c'est elle qui est le grand facteur des syncopes. L'injection étant faite au niveau du nerf intercostal (quelques cent. cubes suffisent) l'aiguille est poussée en avant et en dedans jusqu'à ce qu'elle aille buter contre la face latérale du corps vertébral. On est averti de ce contact par la résistance spéciale offerte à l'aiguille par le tissu spongieux du corps vertébral. On injecte alors dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal 30 à 40 cm³ d'une solution de scurocaïne à $\frac{1}{2}$ p. 100. Ce liquide diffuse et arrive à inhiber les splanchniques, les ganglions semi-lunaires et les « rami-communicantes » des deux premières paires rachidiennes lombaires. L'injection est exécutée à gauche de la même façon ».

L'anesthésie régionale des nerfs splanchniques s'étend donc sur le territoire des splanchniques et des « rami-communicantes » des deux racines lom-

baires, et de ce fait interrompt toute la sensibilité des fibres sympathiques correspondant aux segments médullaires compris entre le 6° segment thoracique et le 2° lombaire.

Observations

OBSERVATION I (*Résumée*)

(*Carnot et Cambessedès, in Paris Médical, 6 nov. 1920*)

Il s'agit d'un homme de 43 ans, ayant eu, en 1916, au front, une crise de vomissements de 5 à 6 jours et ayant, depuis cette époque, des crises périodiques tous les deux ou trois mois. Tabès très net. Le 8 octobre 1920, à 4 heures du matin, débute une nouvelle crise. Le même jour, à midi, MM. de Buttler et Cambessedès font une double injection juxta-splanchnique selon la technique de Laborde (Roussiel). De chaque côté vingt-cinq centimètres cubes de novocaïne à 1 p. 100 sont injectés pour imbiber le tissu cellulaire rétro-péritonéal et baigner le plexus solaire.

L'anesthésie est très bonne en moins d'un quart d'heure ; les douleurs très intenses auparavant rétrocèdent bientôt et cessent complètement une heure après la double injection. Néanmoins, par une sorte de dédoublement des phénomènes, des vomissements non douloureux persistent ; ils ne se reproduisent plus le lendemain ni les jours suivants. Les nausées qui étaient habituelles chaque matin, même en dehors des crises, ont complètement disparu.

OBSERVATION II (*Résumée*)

(*Carnot et Cambessedès. Loc. cit.*)

Chez une tabétique de 27 ans, les crises survenaient depuis mai 1920 assez régulièrement tous les quinze jours, avec douleurs et vomissements; la malade avait de plus des douleurs en ceinture le long des côtes, de la paroi abdominale et des fosses iliaques. Le 20 octobre 1920, M. Cambessedès lui fait une double injection de novocaïne-adréraline dans la région des splanchniques, suivant la technique habituelle. Le soulagement est très rapide : les douleurs en ceinture, les vomissements cessent. Quelques jours après, la malade reprend son activité antérieure et tient à sortir de l'hôpital pour recommencer son travail.

OBSERVATION III (*Inédite*)

(*Due à la bienveillance de M. le Dr Bosc, de Tours,
Recueillie dans son service, par M. Camus, interne*)

Mme F..., 30 ans, artiste lyrique, entre à l'hôpital de Tours le 7 août 1922 pour une crise de vomissements périodiques. Elle y a déjà fait, pendant les mois précédents, deux séjours pour la même cause. Son interrogatoire ne révèle aucun souvenir de syphilis primitive, et son examen ne montre aucune lésion cutanée ou muqueuse.

Elle a commencé à avoir des vomissements il y a 6 ans : ils étaient alimentaires, survenaient quelques minutes après le repas, et l'évacuation de l'estomac amenait un soulagement immédiat. Il est probable qu'à cette période les vomissements étaient en rapport avec un certain degré d'éthylisme professionnel. C'est deux mois après

ces premiers malaises qu'elle commença à présenter de vraies crises gastriques, avec vomissements incessants, douleur solaire très vive, amaigrissement rapide ; chacune d'elles d'une durée de 8, 15 jours.

La malade était à ce moment-là à Paris. Elle entra successivement à l'hôpital de la Charité, à Saint-Louis et à Lariboisière. C'est à la Charité qu'on fit le diagnostic de crises gastriques ; la réaction de Wassermann fut négative dans le sang, positive dans le liquide céphalo-rachidien. Elle reçut au cours de ces différentes hospitalisations plusieurs traitements de novarsénobenzol en piqûres intra-veineuses sans qu'on puisse lui faire préciser leur nombre et leur dose.

La crise actuelle a commencé le 7 août 1922, toujours sous la même forme : la malade vomit exactement tout ce qu'elle prend, et dans l'intervalle des vomissements alimentaires, elle rend du liquide gastrique et des mucosités : le tout s'accompagne d'efforts pénibles et de douleurs épigastriques nécessitant des piqûres d'héroïne et de morphine. Mais cette crise se prolonge plus que les précédentes : au bout d'un mois les vomissements persistent toujours. La malade est devenue méconnaissable ; elle a maigri considérablement, les yeux sont encavés, la peau est froide et sèche : exténuée par ces vomissements et ces grandes douleurs, inanitiée malgré les injections de sérum et un goutte à goutte rectal (on la soutient tant bien que mal par des injections de sérum glucosé et de sérum carbonaté — 10 gr. de carbonate de soude dans 500 cm³ de sérum physiologique —), elle donne l'impression d'une mort prochaine.

C'est alors que M. le Dr Huc, chef de Clinique chirurgicale, pratique une anesthésie bilatérale des splanchniques, suivant la technique habituelle. Trente centimètres cubes d'une solution de novocaïne à 1 p. 200 sont injectés de chaque côté. Au bout de 24 heures, une légère

amélioration commence à se faire sentir : la malade a pu dormir quelques heures. Le lendemain elle a moins souffert, et elle peut supporter quelques cuillerées de tilleul et de champagne. A partir de ce moment la guérison survient très rapidement.

L'anesthésie avait été faite le 9 septembre 1922, 33 jours après le début de la crise, alors que tous les traitements classiques avaient échoué : le 15 septembre la malade pouvait être considérée comme guérie, et le 20 elle avait repris son alimentation habituelle. Depuis lors elle a fait deux rechutes qui ont été aussi heureusement mais moins rapidement enrayées par la même méthode.

Ce qui se dégage des observations que nous rapportons, c'est d'abord l'efficacité indéniable de la méthode : les résultats sont en effet satisfaisants dans chacun des cas cités ; chez tous ces malades le soulagement est bien net.

En second lieu, c'est la rapidité d'action du traitement : quelques heures seulement dans les observations I et II ; même la malade de l'observation III, bien plus gravement atteinte, se trouve améliorée déjà au bout de 24 heures. Chez cette même malade, l'anesthésie des splanchniques a triomphé d'une crise très longue, au cours de laquelle même morphine et héroïne n'avaient amené que des périodes de rémission de peu de durée.

Conclusions

Au milieu d'un si grand nombre de moyens de traitements, tant médicaux que chirurgicaux, essayés contre les crises tabétiques, l'anesthésie des splanchniques semble s'imposer par sa rapidité d'action, son efficacité et son innocuité.

L'efficacité rapide semble bien démontrée dans les observations que nous rapportons.

Pour ce qui est de l'innocuité, la quantité considérable (0 gr. 25) de novocaïne injectée pourrait paraître dangereuse, mais en fait, dans les anesthésies chirurgicales des splanchniques, comme dans les nôtres, on n'observe aucun accident ni aucune alerte.

Le Professeur Carnot insiste seulement sur l'importance d'une bonne technique, sur la nécessité de l'emploi d'aiguilles très longues (12 cm). Malgré leur prix élevé, il est préférable de les prendre en platine : les aiguilles en acier risquent de se casser si la manœuvre est trop brusque ou si le sujet fait des mouvements intempestifs.

Enfin, il reste entendu que tout cela ne visant qu'un syndrome ne préjuge en rien du traitement antispécifique qui devra être conduit normalement.

Vu, le Doyen,

ROGER

Vu, le Président,

MARCEL LABBÉ

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

INTRODUCTION ET CHAPITRE I

- Bulletin Médical.* — 1921, n^{os} 20 et 29.
- BRUGÈRE (Mlle). — Les crises gastriques tabétiques du type moteur. — Th. Paris, 1918.
- CACHE. — Les crises tabétiques. — Th. Paris, 1897.
- DEBOVE. — Influence des ponctions lombaires sur les crises tabétiques.
- FAROY. — In *L'année médicale pratique*, 1922. Art. Estomac et sympathique.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis.
- GAMBIER. — Etude clinique des crises gastriques du tabès. — Th. Paris, 1913.
- GUILLAUME (A. C.). — Sympathique et systèmes associés.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Recherches sur le plexus solaire. — Th. Paris, 1903.
- MOISSANT. — Etude clinique des crises entéralgiques du tabès. — Th. Paris, 1911.
- PIERRE-MARIE. — La pratique neurologique (Art. de Moutier).
- Presse Médicale*, 8 juin 21, 9 juillet 21 (articles de P. Desfosses).
- RAFINESQUE. — Le syndrome, Crise gastrique. — Th. Paris, 1911.
- RENARD. — Les crises solaires. — Th. Paris, 1921.

ROUX (J. C.). — Les lésions du grand sympathique dans le tabès. — Th. Paris, 1900.

SERGENT. — Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée, Tours, 9 et 19.

TINEL. — Radiculites et tabès. Pathogénie du tabès. — Th. Paris, 1909. Méningite et tabès. — *Presse Médicale*, 15 fév. 1911.

TRONC. — Crises gastriques du tabès. — Th. Paris, 1908.

WAINCOP (Mme). Crises gastriques du tabès et au début du tabès. — Th. Paris, 1904.

CHAPITRE II ET SUIVANTS

BILLET et LABORDE. — Note au sujet de l'anesthésie des splanchniques. — *P. M.*, 2 avril 21.

CARNOT ET CAMBESSEDES. — *Paris Médical*, 6 nov. 1920.

GRAEF W. (NÜREMBERG). — L'anesthésie des splanchniques (*Münchener Medizinische Vochenschrift*, 1921, T. XVIII).

LABAT. — L'anesthésie des splanchniques. — *Gazette des Hôpitaux*, 6 mai 1920.

PAUCHET, LABAT, SOURDAT. — L'anesthésie régionale.

ROUSSEL. — L'anesthésie des splanchniques. — *Presse Médicale*, 3 janv. 23.

IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES.

